

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N^o

24

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} Décembre 1892, à 1 heure

PAR

Georges CADIERGUES

Né à La Capelle-Marival (Lot), le 19 février 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉCHIRURES OBSTÉTRICALES
DU COL

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
LABOULBÈNE, professeur.
NÉLATON, ALBARAN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} Décembre 1892, à 1 heure

PAR

Georges CADIERGUES

Né à La Capelle-Marival (Lot), le 19 février 1867.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉCHIRURES OBSTÉTRICALES

DU COL

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
LABOULBÈNE, professeur.
NÉLATON, ALBARAN, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DULAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.
<i>Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.</i>	

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON CHER ONCLE

*Il m'eût été doux de débiter sous vos auspices
et d'écouter les conseils de votre expérience et de
votre sagesse. — Je m'efforcerai d'imiter votre
conduite et de suivre les exemples que vous m'avez
donnés.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE. — A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS L'ART DES ACCOUCHEMENTS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TARNIER,

Président de l'Académie de Médecine,
Professeur de Clinique obstétricale,
Commandeur de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR MAYGRIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Accoucheur de la Pitié.

MONSIEUR LE DOCTEUR TISSIER,

Ancien Interne des Hôpitaux,
Chef de Clinique obstétricale.



TABLE DES MATIÈRES

ET DIVISION DU SUJET

INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	12
ETIOLOGIE	17
Causes générales.	
Causes particulières provenant : du bassin (retrécissements, malformations) ; — de l'utérus (déviation, etc.) ; — du col.	
Celles-ci ont lieu :	
1 ^o Quand l'orifice cervical est trop petit pour livrer passage à la partie fœtale, soit que :	
α. La dilatation n'ait pas eu le temps de se faire en raison de :	
1 ^o d'une expulsion trop rapide ; 2 ^o d'une intervention de l'accoucheur ; 3 ^o d'un avortement.	
β. Soit que le col soit altéré ou malade, comme dans le cas de dégénérescence, cicatrices, tumeurs, rigidité du col.	
γ. Soit que le col se dilate très lentement, d'où compression trop prolongée du col.	
2 ^o Quand la dilatation est complète, mais que la partie fœtale offre quelques cas de dystocie :	
Excès de volume de l'enfant ; Monstruosités ; Procidence des membres ; Présentations anormales.	
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	27
α. Déchirures spontanées. — Etude et forme de la lésion. — Simples. — Perforations et boutonnières. — Arrachement circulaire.	
β. Déchirures voulues et artificielles. — Incisions cervicales.	

SYMPTOMES	32
1 ^o Douleurs; 2 ^o Chute brusque de la partie engagée; 3 ^o Hé- morrhagie. — Sa description, son diagnostic.	
DIAGNOSTIC	37
Toucher. — Spéculum.	
PRONOSTIC	41
Danger de septicémie. — Cicatrisation vicieuse de la plaie.— Le tissu cicatriciel rétractile pouvant fixer l'utérus dans une mauvaise position. — Lésion d'endométrite. — Ectro- pion des lèvres.	
TRAITEMENT	52
Traitement prophylactique.	
Traitement curatif. — S'attaque principalement à l'hémorrha- gie. — Pincés. — Ballon de Barnes. — Traitement de Fritsch. — Injections chaudes. — Tamponnement de M. Tarnier. — Procédé de Breisky. — Suture immédiate des lèvres de la plaie.	
CONCLUSIONS	77





INTRODUCTION

Les déchirures du col sont un des accidents les plus fréquents de l'accouchement. Depuis très longtemps elles ont appelé sur elles l'attention des accoucheurs. Tous les ont connues et, néanmoins, bien peu en ont fait dans leurs ouvrages une étude spéciale. On ne trouve, en effet, dans la plupart d'entre eux que des remarques isolées ou des observations éparses ça et là dans l'intervalle des chapitres.

Il nous a paru intéressant de recueillir dans les travaux de nos prédécesseurs les passages qu'ils y avaient consacrés. Si nous n'avons le mérite d'avoir traité une question originale, nous aurons, du moins, celui d'avoir été un des premiers à présenter cette lésion dans son ensemble, formant une entité morbide bien définie.

Un grand intérêt pratique s'attache d'ailleurs aux déchirures obstétricales du col. Après avoir décrit leur mode de production et leurs divers symptômes, nous insisterons, d'une façon toute particulière, sur

leurs conséquences et leur traitement. A mesure que nous avançons dans l'étude de notre sujet, nous nous sommes aperçus que beaucoup de déchirures guérissaient sans produire de troubles immédiats chez la malade, quand l'accoucheur prenait soin de réunir les lèvres de la plaie et apportait tous ses soins au pansement de la blessure. Quant à celles qui n'étaient point traitées, elles ne tardaient pas à devenir le siège de lésions chroniques d'endométrite et à occasionner dans la suite des douleurs vives ou des troubles utérins souvent considérables.

Mais avant d'entrer en matière, nous prions les maîtres qui pendant le cours de nos études médicales, ont bien voulu nous témoigner de l'intérêt et de l'affection, de recevoir ici l'expression de notre sincère gratitude.

Nous n'oublierons jamais les services qu'ils nous ont rendus et les conseils si bienveillants dont ils nous ont entouré. Parmi eux il en est qui se sont particulièrement intéressés à nous. Nous nous rappellerons toujours avec plaisir nos premières années d'étude à la Faculté de Médecine de Montpellier.

MM. les professeurs Granel et Hamelin ont été pour nous dès notre entrée dans la carrière médicale, des maîtres dont l'amitié ne nous a jamais fait défaut et c'est avec joie que nous leur exprimons ici notre vive reconnaissance.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, M. le

professeur Jaccoud, M. Blum, chirurgien de Saint-Antoine et M. le professeur agrégé Maygrier, accoucheur de la Pitié, reçoivent aussi nos plus sincères remerciements. Ce dernier fut notre premier maître dans l'art des accouchements, et pendant les quelques mois que nous avons eu l'honneur de suivre son service il nous a été permis d'apprécier sa haute bienveillance et les enseignements cliniques qu'il ne cessait de nous prodiguer.

Nous garderons toujours un souvenir reconnaissant à notre excellent compatriote et ami le docteur Fraisse, pour la bonne grâce qu'il a mise à nous communiquer ses ouvrages et ses observations.

Notre maître éminent M. le professeur Tarnier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions de tout cœur du grand honneur qu'il nous fait.





CHAPITRE I.

HISTORIQUE.

Les traumatismes du col produits par un travail difficile sont connus depuis la haute antiquité. Ils furent découverts par les médecins qui pratiquèrent les premiers, l'examen digital comme moyen de diagnostic. Si nous ouvrons les ouvrages que nous ont laissés les anciens sur l'obstétrique et les maladies des femmes, nous constatons avec étonnement que leurs connaissances sur ces divers sujets étaient bien plus étendues qu'on ne suppose communément. La sonde utérine, le spéculum, la dilatation du col sont décrits tout au long dans leurs travaux.

Arétée qui vivait au 1^{er} siècle, nous donne une bonne relation de l'ulcération de la matrice et préconise le toucher vaginal. Il connaissait très bien, ainsi que Galien, les traumatismes de cette région. Avant eux, Soranus le jeune, qui avait fait ses études à Alexandrie, écrivit un ouvrage remarquable. « De utero et pudendo muliebri » dans lequel il indiqua les transformations du col pendant la grossesse et où il donna le premier une description des organes

sexuels, qu'il se vantait « d'avoir étudié sur des cadavres humains et non sur des singes comme l'avaient fait ses devanciers. »

Au VI^e siècle après Jésus-Christ, Aétius et Paul d'Egine résumèrent les ouvrages de leurs prédécesseurs et décriront de nombreux moyens d'investigation et de traitement qui, tirés bien plus tard de l'oubli, parurent nouveaux à leurs auteurs. « Tant il est vrai qu'il y a plus de 2000 ans que probablement tout art et toute sagesse, ont été souvent pleinement connus et de nouveau complètement oubliés » (Aristote). Pour le traitement des ulcérations du col, Aétius recommandait les injections vaginales et l'application de caustiques. Pour les reconnaître « on se sert du dioptre si elles sont à portée et, si elles sont profondément situées, on les reconnaît aux évacuations. Le même auteur parle plus loin de l'ectropion des lèvres qui succède souvent aux traumatismes du col. « Il se forme au niveau du col de l'utérus et du museau de tanche des hémorroïdes que l'on découvre à l'aide du dioptre. »

Plus tard, quand les Musulmans envahirent l'Egypte, ils détruisirent la bibliothèque d'Alexandrie et dispersèrent les maîtres de cette école. Peu à peu, néanmoins « ils se mirent à aimer la science et à la cultiver avec zèle » (Draper). Mais la sensualité et le dévergondage des Sarrazins étaient si grands que les lois de Mahomet interdisaient l'examen des femmes aux personnes de l'autre sexe. » Entre les mains de leurs sages-femmes dont la plus illustre fut Trotula de Salerne, l'étude de la Gynécologie ne fit que languir. Il est curieux de se demander, pourquoi les anciens qui connaissaient les ulcérations de la matrice et les trauma-

tismes du col, n'avaient pas songé à en étudier la cause et l'influence? Cette lacune s'explique probablement par leur ignorance du véritable mécanisme de l'accouchement.

Pendant les siècles suivants, la science des Arabes et celle des autres peuples fut envahie, comme le dit un historien, par l'ignorance et la superstition. On entra dans « les siècles des ténèbres. » A. Paré (1640) et Scultet furent les premiers qui firent sortir l'étude de la Gynécologie de cette obscurité. Mais ce ne fut vraiment qu'au commencement du XIX^e siècle, sous l'impulsion de Récamier et de Lisfranc que cette science entra définitivement dans une voie nouvelle et vraiment scientifique.

En 1839, Duparcque signalait dans son « Traité des maladies des femmes », l'importance des hémorrhagies par déchirures du col et en indiquait le traitement. Onze ans après, Bennett, de Londres, consacrait un chapitre de son « Traité de l'inflammation de l'utérus », à l'étude des déchirures du col. Il dit notamment à propos de cette lésion : « Quelquefois le col n'étant pas assez dilaté éclate et les déchirures, s'irradiant du centre, le divisent en plusieurs segments qu'on peut suivre plus tard avec le doigt et l'œil. L'accouchement difficile où l'on est obligé d'avoir recours aux instruments, s'accompagne très fréquemment de déchirure du col, en l'absence de tout état morbide. Elle peut se cicatriser très vite. D'un autre côté, sous l'influence d'un état fébrile général ou d'une inflammation locale, ces lésions, qu'elles soient légères ou graves, ne se cicatrisent pas et il s'établit ainsi une ulcération inflammatoire confirmée du col de l'utérus. »

Dès lors cette lésion était connue. Emmet de New-Yorck,

proposa pour la traiter (1862) une opération qui a reçu de Munde le nom de Trachélorrhaphie. On peut dire sans crainte d'être taxé d'exagération, que c'est au premier de ces auteurs que revient l'honneur d'avoir le mieux étudié et le mieux compris cette affection.

Olshausen, Kaltenbach, Hégar lui attribuent les avortements habituels. Breisky y voit un « locus minoris resistentie » favorisant l'éclosion du cancer. En 1887, Noggerath, après avoir soigneusement étudié ce sujet, présenta au Congrès de Wiesbaden, des conclusions infirmant complètement les idées d'Emmet. Son succès ne fut pas de longue durée. Ses compatriotes eux-mêmes reconnurent qu'il était allé trop loin, et l'année suivante, Brooks et H. Wells refutèrent dans un mémoire fort bien fait les propositions de Noggerath. Depuis lors, M. Porak a cité à la société d'Obstetrique une observation d'une déchirure du col à la suite de l'application d'un dilatateur — et mon excellent ami, le docteur Fraisse, relatait, dans les Nouvelles Archives, un cas de rupture utérine par déchirure spontanée du col. Enfin, en juillet 1891, paraissait une thèse de Laborde, traitant des hémorrhagies par déchirures.

Dans ce rapide aperçu nous avons certainement oublié bien des noms d'accoucheurs qui se sont occupés de cette question. Mais il ne m'est pas permis de passer sous silence, celui de mon maître éminent, M. le professeur Tarnier, qui a si bien décrit cette lésion et qui, dernièrement encore, en faisait devant nous le sujet d'une de ses plus belles leçons cliniques.



CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE.

Les causes qui président à la production des déchirures du col, peuvent être divisées en deux grandes catégories : 1° les causes prédisposantes ; 2° les causes déterminantes. Les premières se rapportent aux antécédents de la femme tels que la primiparité, multiparité, etc. ; et les secondes, de beaucoup les plus importantes, proviennent soit de l'intervention de l'accoucheur, soit de l'état du bassin, de l'utérus ou du col. Certains observateurs l'ont même rencontré après des avortements de deux mois, alors que la mollesse et l'élasticité de l'œuf rend cette lésion bien difficile à comprendre.

Au point de vue de leur fréquence, les auteurs ne sont point d'accord. Munde indique le chiffre de 30 o/o, Baker 13 o/o, Davenport 18 o/o, Emmet 32 o/o, Pallen 40 o/o, et Simpson et Tarnier ne sont pas éloignés de croire que tout premier accouchement donne lieu à des traumatismes plus ou moins éloignés du col. C'est à cette dernière opinion que nous nous rangerons le plus volontiers. En examinant

attentivement le col des multipares, on s'aperçoit aisément qu'il présente presque toujours des traces d'anciennes cicatrices. « Les lèvres du museau de tanche, dit M. le professeur Tarnier, au lieu d'être lisses et régulières, sont inégales, bosselées, mamelonnées : on y trouve des dépressions linéaires qui correspondent à la cicatrice des déchirures produites sur l'orifice externe au moment de l'accouchement. Ces échancrures s'observent surtout au niveau des commissures du col et plus fréquemment à gauche qu'à droite, à cause de la fréquence plus grande des positions O I G, le tissu utérin cédant naturellement là où s'exerce le plus grand effort. » La déchirure bilatérale vient ensuite comme fréquence après la déchirure simple du côté gauche (1).

(1) Comme on le voit, c'est presque toujours sur les côtés du col que se fait la solution de continuité. Il est certain que la présentation du fœtus joue un très grand rôle dans la production de cette lésion. Mais est-ce le principal? Je ne le crois pas. A notre avis, c'est par une disposition anatomique particulière des faisceaux musculaires du col que nous expliquerions la fréquence de la lacération sur les parties latérales.

Le col est en réalité formé par deux lèvres charnues. Il comprend des fibres longitudinales et des fibres circulaires. Les premières ne siègent qu'en avant et en arrière. De plus, sur les côtés du col, les fibres circulaires ne se continuent pas directement par anastomoses. Elles envoient un prolongement dans l'intérieur du ligament large correspondant et se perdent en partie dans son épaisseur. Il en résulte une grande déperdition de fibres pour la charpente musculaire. On sait également que les gros vaisseaux nourriciers de l'utérus pénètrent dans l'organe au niveau des côtés de la portion sus-vaginale du col. Le tissu utérin est donc criblé à cet endroit d'une infinité de trous, occasionnés par le développement énorme des vaisseaux sous l'influence de la grossesse. Il paraît formé, comme l'indique un auteur allemand, par un véritable treillis.

Il serait très intéressant de pouvoir reconnaître, d'après l'état d'une déchirure, le caractère et les particularités de l'accouchement qui lui a donné naissance. Mais nous savons dans la pratique combien une pareille étude offre de difficultés, les signes physiques manquant de certitude et les malades n'étant, dans ce cas, que des témoins infidèles et ignorants.

Si nous consultons les rares statistiques qui ont été publiées sur ce sujet, nous trouvons que les primipares et les multipares sont intéressées à peu près également. Chez la primipare, le col est résistant, les contractions du corps sont énergiques, bien réglées et peuvent facilement triompher de l'obstacle opposé par le col. Bien différent est chez la multipare le mécanisme de la déchirure. Chez elle, les fibres utérines n'offrent plus la même tonicité, leur tissu est modifié, les changements de situation de l'organe sont fréquents et prédisposent beaucoup aux présentations vicieuses. Avec de pareils troubles dans la statique et la structure de l'organe, il est aisé de voir avec quelle facilité pourra se produire un traumatisme.

Chez les rachitiques, les rétrécissements et les malformations du bassin occasionnent quelquefois des perforations du col plutôt que des déchirures. Nous savons qu'on rencontre dans ce cas, des arêtes osseuses sur les parois de leur bassin. Le col est ainsi comprimé d'un côté par la partie fœtale, que la contraction utérine tend encore à chasser en avant et de l'autre par ces arêtes pointues. Il se perfore au point d'application. Enfin les déviations de l'utérus, en changeant l'axe de la filière génitale, sont cause que son orifice externe ne correspond plus à son centre. Le

segment inférieur distendu est comprimé directement et se fend quelquefois en livrant passage au fœtus à travers une boutonnière créée aux dépens de son propre tissu.

Mais c'est surtout les obstacles opposés par le col lui-même qui sont la principale cause de ses déchirures. Elles peuvent se produire quand l'orifice cervical est trop petit pour livrer passage à la partie fœtale, ou bien quand la dilatation est complète, mais que le fœtus offre quelque cas de dystocie. De là, deux grandes divisions.

I

Orifice trop petit pour laisser passer le fœtus.

Ce cas se présente quand la dilatation n'a pas eu le temps de s'accomplir, à la suite d'une expulsion trop rapide. La plupart du temps, le fœtus est peu volumineux, mais les contractions utérines sont fortes et énergiques, et ne laissent pas au col le temps de s'entr'ouvrir. La partie fœtale chassée en avant, comprime le segment inférieur et ne parvient à se frayer un passage qu'aux dépens de son intégrité. Nous avons eu deux ou trois fois l'occasion d'assister à des accouchements semblables, et chaque fois nous avons constaté que, sitôt la déchirure produite, la tête s'engageait brusquement dans le vagin et que le travail se terminait rapidement.

Les parturientes dont le travail n'est pas surveillé font souvent des efforts trop hâtifs pour pousser. C'est souvent une cause de déchirure, que l'on observe principalement chez les personnes de la classe pauvre ou de la campagne. Cette lésion s'est produite plusieurs fois à la suite d'une fausse couche et Emmet l'a constatée après des avortements criminels. Son mécanisme est d'ailleurs identique à celui qui succède à un accouchement trop rapide. Le col est résistant, non effacé et l'embryon, fortement comprimé, n'ayant pas le loisir de dilater l'orifice trop étroit, le traverse en le déchirant.

Les manœuvres que le médecin est appelé à faire pour terminer un accouchement en produisent aussi. S'il rompt trop tôt la poche des eaux, il détruit, en agissant ainsi, une cause puissante de dilatation, cette poche commençant un travail que viendra plus tard terminer le fœtus. D'un autre côté, l'utérus revient sur lui-même, se contracte plus énergiquement et pousse la partie fœtale avec plus de violence. Le médecin ne devrait jamais perdre de vue que, sauf quelques rares exceptions, telles que l'hydramnios, le placenta prævia et la résistance trop grande des membranes, plus la rupture est tardive, plus l'accouchement a de chances de se terminer dans de bonnes conditions.

Si le col est suffisamment dilaté, les grandes opérations obstétricales, telles que la version, le forceps, la basiotripsie et l'embryotomie se terminent la plupart du temps sans déchirures. Mais si l'orifice n'est pas assez grand pour livrer passage aux instruments et à la partie fœtale, le col se rompt presque infailliblement. Car ici, au volume du fœtus,

vient s'ajouter la présence des instruments et la main de l'accoucheur.

Applique-t-on le forceps, il faut avoir bien soin de ne pas pincer avec une cuillère une lèvre du col, ce qui pourrait la lacérer ou même enlever en totalité la partie comprimée. Une fois qu'il sera en place et bien articulé, les dangers n'auront pas encore cessé. Au moment des tractions, il faudra veiller avec le plus grand soin à les faire dans l'axe même de la filière génitale, de crainte qu'une portion du col ne soit repoussée par le bord des cuillères contre les parois du bassin.

Pendant une version, il y a deux moments critiques où se produisent presque toutes les déchirures. Le premier est celui de l'introduction de la main dans la cavité utérine à travers l'orifice cervical. Pour cela, la main de l'accoucheur est repliée en cône et vaselinée sur toute la région dorsale. Il la fait pénétrer dans le vagin et traverse le col par des légers mouvements de va-et-vient. Autant cette manœuvre est facile à exécuter quand le col est souple et dilatable, autant elle offre de difficultés quand il est trop étroit pour livrer passage à la main. Une fois que celle-ci a pénétré dans l'utérus, elle va à la recherche des pieds, puis dans le troisième temps l'accoucheur fait faire au fœtus son évolution. Si la dilatation du col est insuffisante, comme nous l'avons déjà supposé, on engage dans le vagin les membres inférieurs de l'enfant, et l'on attend qu'elle se complète pour terminer l'accouchement.

Mais pour obéir à certaines indications qu'il serait trop long d'énumérer ici, le médecin peut se trouver dans la nécessité de délivrer rapidement la malade. C'est à ce mo-

ment, pendant l'extraction du siège et principalement de la tête dernière, que se produisent la plupart des déchirures. Dans ce cas, le col, qui avait livré passage au corps de l'enfant, peut se resserrer brusquement et emprisonner la tête. L'accoucheur, n'étant pas prévenu de cet accident, continue les tractions et le col ne tarde pas à céder.

De même, dans une délivrance artificielle, il faut avoir bien soin, en insinuant la main dans la cavité utérine, de le faire avec beaucoup de douceur et de patience. Certains observateurs ont noté qu'il se produisait alors des lacérations du col, qu'on ne pouvait expliquer que par une introduction trop brusque de la main, ou une sortie également trop précipitée du délivre.

Nous venons d'étudier dans le paragraphe précédent les déchirures qui se produisent spontanément quand la dilatation de l'orifice cervical n'a pas encore eu le temps de se faire. Le même mécanisme s'observe, quand le col est altéré dans son tissu ou que son ouverture est obstruée par la présence de quelque tumeur.

Les premiers traumatismes favorisent beaucoup, chez les multipares, la production du tissu cicatriciel. Leur guérison a été cause qu'autour de l'orifice interne, il s'est produit un véritable anneau de ce tissu; et, comme sa principale propriété est la retractilité, il en résulte que l'ouverture devient de plus en plus petite et que les deux lèvres sont quelquefois si intimement soudées, qu'au moment de l'accouchement les contractions utérines sont impuissantes à les dilater. Playfair cite le cas d'une femme chez qui il fut obligé de débriider le col dans deux accouchements successifs. Ashwell, chez une de ses malades, constata à quatre accou-

chements l'oblitération de l'orifice interne et fut obligé, lui aussi, de recourir aux incisions.

Les cicatrices qui résultent de l'emploi des pointes de feu et des caustiques dans la cavité cervicale ont été quelquefois incriminées. Quant à la rigidité spasmodique, elle ne paraît pas avoir la même influence que la rigidité pathologique. On la reconnaît à ce que le col est sensible à la pression, chaud et douloureux et à ce que ses bords en sont minces et tendus. Dans la rigidité anatomique le col est dur, épais, boursoufflé et non douloureux. On a comparé la sensation qu'il donne au toucher à celle qu'offrirait du cuir imbibé de graisse. Cette rigidité s'observe le plus souvent à la suite d'un accouchement prématuré alors que les tissus ne sont pas encore assez souples et distendus. Qu'elle qu'en soit la cause quand elle se produit, le col utérin ne se dilate qu'incomplètement malgré les contractions du reste de l'organe. La portion vaginale effacée, mais non dilatée, s'applique comme un rebord résistant sur la partie fœtale qui se présente. Celle-ci, gênée par cet obstacle, ne peut le franchir qu'en déchirant les lèvres du col.

Quand le cancer envahit cet organe il se développe, suivant les cas, de deux façons différentes. Dans la première, la forme proliférative, les végétations ont l'aspect de simples papillomes qui s'accroissent avec une grande activité; dans la seconde qui est la forme infiltrée, interstitielle, les ulcérations augmentent rapidement et ses bords en sont saillants et indurés. Il est facile de voir combien seront grands et dangereux les traumatismes qui se produiront dans ce tissu friable et infiltré, lors du passage de l'enfant. Il en serait de même si la partie du fœtus était gênée par la présence d'un

polype ou d'un fibrome. Un travail laborieux peut tout aussi bien qu'un travail rapide engendrer de pareilles lésions. Dans une curieuse observation, qui nous est personnelle, et que nous citons plus bas, on verra que l'accouchement traînant en longueur, ne se termina qu'après l'ablation de la lèvre antérieure du col. Voici quel en avait été le mécanisme. La lèvre était comprimée entre les parois du bassin et la tête de l'enfant; au toucher, on constatait qu'elle était tuméfiée, chaude et boursoufflée. La circulation de cette portion du col était en partie interrompue et les liquides infiltrés dans les tissus, ne pouvant plus être repris par les lymphatiques, augmentaient encore le volume de la tumeur. La tension sanguine dans les capillaires devenait ainsi de plus en plus considérable, et à mesure que l'œdème de la lèvre s'accroissait, il mettait obstacle à la sortie du fœtus. Un moment les contractions avaient faibli, mais bientôt elles redevinrent fortes et énergiques et la tête de l'enfant apparaissait à la vulve coiffée par la lèvre antérieure du col.

Rémy a publié, dans les Archives de Tocologie, un cas de déchirure verticale produite dans des conditions identiques. Schröder constate aussi que l'enclavement de la lèvre antérieure du col entre la tête et la symphyse pubienne peut en amener la séparation plus ou moins complète. Enfin, Depaul, dans sa clinique obstétricale, cite plusieurs cas où cette compression s'était accompagnée de gangrène assez étendue pour diviser la lèvre antérieure et la transformer en un véritable lambeau flottant qu'il était obligé d'enlever après l'accouchement.

II

L'orifice cervical est dilaté, mais la partie fœtale offre quelque cas de dystocie.

Les déchirures ne s'observent pas seulement quand la dilatation du col n'est pas suffisante pour laisser passer la partie fœtale. On voit quelquefois un orifice cervical complètement dilaté sans que l'enfant puisse le franchir. C'est alors le fœtus qui en est la cause, et qui présente quelques cas de dystocie. Nous ne ferons que les énumérer d'autant mieux qu'elles peuvent toutes se résumer en un seul mot : l'exès de volume de la présentation.

Cet excès est dit *simple*, quand l'enfant est sain, bien proportionné et ne présente aucune trace de maladie. Son poids seulement est au-dessus de la normale; au lieu de peser trois kilogrammes environ, il en pèse quatre et cinq. Le fœtus le plus volumineux paraît avoir été observé par Cazeaux, qui cite le poids de neuf kilogrammes. Dans ce cas, le mécanisme de l'accouchement est le même que celui qu'on observe avec un bassin trop étroit, et un fœtus de volume ordinaire.

Quand l'excès de volume est dit *pathologique*, on entend par là l'hydrocéphalie, l'hydrothorax, l'ascite, les tumeurs, les monstruosités, etc.

Chez l'hydrocéphale, l'accumulation anormale de liquide séreux dans la cavité crânienne, met obstacle au passage de la tête et crée souvent des présentations vicieuses. D'après

Auvar, le sommet au lieu d'être observé 19 fois sur 20, comme à l'état normal, ne le serait plus que 12 fois environ; le siège venant ensuite après le sommet comme ordre de fréquence. Cette particularité s'explique, d'après lui, par la forme modifiée du fœtus dont la tête, plus grosse que le siège, renverse la conformation générale de l'ovoïde somatique, de telle façon que l'accommodation perd ici ses droits et se fait en sens contraire de l'état normal.

Les mauvaises présentations sont encore une cause puissante de déchirures. D'après Fristch, celles qui succèdent à une présentation du siège, sont particulièrement graves. Ce fait s'expliquerait par la difficulté que l'on éprouve à faire passer la tête à travers un col incomplètement dilaté. Il en est de même de la procidence du bras à côté de la tête, et des présentations obliques du sommet et du front, qui gênent beaucoup l'accouchement, soit en augmentant le volume de la partie fœtale, soit en présentant à la filière génitale les plus grands diamètres de la tête.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La plupart des auteurs qui ont étudié cette question ont divisé les traumatismes du col en *déchirures verticales* et en *déchirures transversales*, selon que cet organe était intéressé dans ce sens ou dans l'autre. Il nous a semblé qu'une pareille division n'était pas assez large et ne pouvait embrasser la totalité des faits. Dans quelle catégorie, en effet, faire rentrer les cas où le col a été complètement arraché et où l'enfant s'est présenté à la vulve coiffé par toute cette portion de l'utérus. C'est pour combler cette lacune que nous y avons ajouté la *perforation* et l'*arrachement circulaire*.

On nomme déchirure du col toute solution de continuité de cet organe, qui commence à son bord libre et qui remonte plus ou moins haut, dépassant quelquefois son insertion vaginale. Ses bords en sont irréguliers, car les tissus se séparent à des hauteurs différentes. Il peut même arriver, dans le cas de déchirure transversale, que le segment arraché en entraîne avec lui de longs bouts.

Quant à leur fréquence, Emmet a constaté que sur 164 cas de déchirure, 67 fois la lésion avait eu lieu du côté

gauche, 23 fois à droite, 50 des 2 côtés, 4 en arrière, 11 circulairement et 9 inconnu. — Ce qui nous donne la moyenne suivante :

Du côté gauche.....	40,85 o/o
Du côté droit.....	14,02
Des 2 côtés.....	30,48
En arrière	2,38
Circulaire.....	6,09
Inconnu.....	5,48

La plupart du temps, la lésion est peu étendue. On se trouve alors en présence de simples fissures. L'hémorrhagie est nulle et la cicatrisation ne tarde pas à se faire. Mais quelquefois le traumatisme est plus considérable et la lacération s'étend jusqu'à l'insertion du vagin. Dans ce cas, elle peut être simple ou multiple et donner lieu plus tard aux divers changements de forme que l'on rencontre dans le col de beaucoup de multipares. Tantôt cette déchirure n'atteint que la muqueuse, tantôt elle est plus profonde et divise complètement le col. En général, elle s'étend plus haut sur la paroi interne que sur l'externe.

On a aussi cité de nombreuses observations de déchirures remontant jusqu'au péritoine. L'artère utérine ou une de ses branches principales sont alors rompues. L'hémorrhagie qui en résulte est considérable et peut compromettre la vie de la malade. Si la lésion intéressait directement le péritoine, le danger serait encore plus grand; mais, dans ce cas, on serait en présence d'une véritable rupture de l'utérus, et il n'entre pas dans le plan de notre sujet de nous occuper de cette question,

Toutes les hypothèses que nous venons d'examiner se rapportent à des cas de déchirures verticales ; mais il arrive quelquefois que l'orifice du col est respecté et que la lésion se fait plus haut en forme de boutonnière. Nous avons le bonheur de posséder une observation où l'on verra que la solution de continuité s'était faite, en forme de fente, sur la lèvre postérieure. C'est même au travers de cette boutonnière qu'eut lieu la sortie du fœtus et que se fit, plus tard, l'extraction du délivre. Dans un cas cité par Solowjef (*Medicinische Rundschau*), on voit qu'une déchirure de 4 centimètres occupant aussi la lèvre postérieure, se produisit chez une primipare lors d'un avortement à quatre mois.

Le mécanisme qui préside à la formation de ces boutonnières ne peut être le même dans tous les cas. Tantôt la dilatation du col ne peut s'accomplir librement, tantôt l'engagement de l'enfant à travers l'orifice cervical ne peut avoir lieu. Dans le premier cas, l'extrémité inférieure du col est fortement attirée en bas par la force des contractions utérines ; il arrive un moment où ses parois sont trop faibles et finissent par céder. Il est nécessaire, pour la production de cet accident, que l'orifice cervical ne soit pas dilaté ; c'est là une condition indispensable. Si la dilatation était assez grande, la tête s'engagerait et son passage déterminerait la production d'une déchirure verticale.

Quant aux simples perforations du col, elles sont excessivement rares. Depaul, qui en avait observé un cas, avait remarqué que la malade, chez qui elles s'étaient produites, était atteinte de rachitisme et que les bords de son bassin étaient couverts de crêtes osseuses, sur lesquelles la paroi

du col s'était perforée, grâce à la compression déterminée par le passage de l'enfant. Le plus souvent, la guérison de ces lésions est la règle. Les bords de la plaie se réunissent par première intention, à moins que la boutonnière ne soit trop longue. Dans ce cas, le lambeau qui flotte dans le vagin, se trouvant imparfaitement nourri, se sphacèle et ne tarde pas à tomber.

Les traumatismes du col, engendrés pendant l'accouchement, ne se produisent pas tous spontanément. Ils sont quelquefois artificiels et sont alors le fait de l'intervention de l'accoucheur. Ils peuvent être faits accidentellement ou intentionnellement. Dans le premier cas, la déchirure est identique à celle qui se produit spontanément, puisque le même mécanisme et les mêmes conditions président à leur formation. C'est tantôt l'introduction d'un forceps, d'un basiotribe, ou l'application d'un dilateur qui en est la cause déterminante, tantôt une version faite trop brusquement.

Quant aux déchirures volontaires, faites par incisions, pour augmenter la dilatation, elles ont été connues et préconisées depuis très longtemps. Certains auteurs, toutefois, à la suite de nombreux accidents, ont préféré s'en priver, plutôt que d'avoir recours à un procédé qui n'avait été entre leurs mains qu'une arme dangereuse. Ils lui reprochaient, en effet, d'ouvrir la porte à l'infection et d'occasionner, lors de la sortie de l'enfant, une déchirure encore plus considérable. Mais depuis quelque temps, grâce aux progrès réalisés dans la pratique des accouchements par la méthode antiseptique, le danger de septicémie n'étant plus à redouter, les accoucheurs sont devenus plus audacieux.

Dans son traité pratique d'accouchements, M. le professeur Tarnier préconise les incisions multiples dans le cas d'atrésie du col, et nous savons que ses idées sont aujourd'hui partagées par toute l'école française. Seulement, il ne faut plus se contenter, comme autrefois, de petites incisions sur les lèvres du col, qui se transformaient si facilement en déchirures plus profondes. On doit recourir tout de suite à un débridement plus considérable, atteignant même, comme l'a conseillé Dührssen, l'insertion vaginale. De cette façon, l'ouverture sera suffisante pour livrer passage à la partie fœtale.





SYMPTÔMES

Comment reconnaît-on une déchirure du col au moment de sa production ? On peut observer quelquefois une douleur vive, mais, en général, elle l'est peu et se confond avec celle bien plus forte de la contraction utérine. Duparcque raconte que pendant un accouchement laborieux la malade s'écria tout à coup, « vous m'arrachez... » et que ce cri fut aussitôt suivi de la descente de la tête dans l'excavation. Après la délivrance, il examina la femme et découvrit une déchirure au niveau de la commissure droite. La chute brusque de la partie fœtale longtemps retenue dans l'excavation par l'atrésie du col, ou toute autre cause, sera comme dans le cas de Duparcque un indice plus sûr. C'est assez souvent la terminaison des accouchements par le siège, lors du dégagement de la tête dernière. Nous possédons l'observation d'une déchirure qui se produisit ainsi pendant une version au moment de l'extraction de la tête. L'accouchement qui traînait en longueur, se termina ensuite rapidement.

Mais le meilleur symptôme est, sans contredit, l'hémorragie. Tant que l'accouchement n'est pas terminé, l'écou-

lement sanguin est peu considérable. La partie foetale, formant un véritable tampon qui comprime la déchirure et qui resserre les vaisseaux sanguins. Après la sortie de l'enfant, un flot de sang liquide et rouge apparaît aussitôt. Il sort par jets saccadés. C'est surtout à ce moment qu'il importe d'en reconnaître le siège. Pour cela on doit terminer l'accouchement le plus tôt possible, et faire, s'il le faut, la délivrance artificielle. Si l'hémorrhagie persiste, on palpera le ventre de la malade et l'on s'assurera que la matrice est dure et bien rétractée. Alors seulement on sera sûr que l'hémorrhagie ne vient pas du corps de l'utérus. Le toucher vaginal donnera ensuite des renseignements plus sûrs. Quand l'accoucheur est appelé auprès d'une femme nouvellement accouchée et perdant une grande quantité de sang, il est bon qu'il ait présent à l'esprit tous les moyens d'en reconnaître le siège. Une fois qu'il l'aura vu, il lui sera facile d'appliquer un traitement.

Une hémorrhagie d'origine cervicale peut être confondue avec celles provenant :

- a) D'une rupture utérine;
- b) D'une inertie utérine;
- c) D'un décollement prématuré du placenta;
- d) D'une rupture de veines variqueuses du col du vagin;
- e) D'une déchirure du vagin, du périnée, de la vulve ou du clitoris.

Si elle se produisait pendant le travail elle pourrait provenir d'une rupture utérine. On sait que ces dernières intéressent surtout le segment inférieur de l'organe. Si l'enfant est déjà engagé, la perte de sang est à peu près nulle, l'épanchement étant interne et se faisant dans l'intérieur de

la cavité péritoniale. Dans ce cas la malade ressent brusquement une douleur vive en même temps qu'elle a la sensation d'un déchirement qui s'opère. Des symptômes nerveux graves apparaissent ensuite.

S'il s'agissait d'un décollement prématuré du placenta, le sang qui coulerait serait coagulé et sortirait en caillots. On ne retrouverait plus ici cette belle couleur rouge et claire de l'hémorrhagie cervicale. Avec un placenta partiellement adhérent, on pourrait encore avoir une hémorrhagie, mais nous rentrons ici dans le domaine de l'inertie utérine, puisque cette adhérence partielle s'observe le plus souvent à la suite de contractions utérines trop faibles pour chasser entièrement l'arrière faix. La matrice paraît, au palper, molle, inerte et non contractée, quand il s'agit d'une véritable inertie utérine, un flot de sang fait irruption et si l'accoucheur n'intervenait pas promptement, une issue fatale serait beaucoup à redouter.

Quelquefois elle se combine avec une déchirure du col, quoique ce cas s'observe très rarement. C'est toujours par le toucher qu'on en ferait le diagnostic. Si la matrice était bien contractée et si l'écoulement de sang persistait, ce serait en dehors d'elles qu'il faudrait en rechercher les causes.

Les veines du col étant quelquefois variqueuses, leur rupture donnerait lieu à une hémorrhagie assez abondante. Dans ce cas on observe au début du travail, comme dans la déchirure du col, un écoulement sanguin qui cesse ensuite quand la tête, une fois engagée, vient comprimer les vaisseaux et qui reparait ensuite après la sortie de l'enfant;

mais ici le sang n'est plus clair et rouge, il est franchement veineux, ce qui facilitera beaucoup le diagnostic.

De plus si on appuyait sur la tumeur pendant qu'on pratique le toucher, on verrait que celle-ci diminue de volume et que son écoulement cesse momentanément.

Si les varices siégeaient dans le vagin, les phénomènes seraient les mêmes, et ce n'est que par le toucher et l'examen au spéculum que l'on découvrirait le véritable siège de la lésion. On apercevrait d'ailleurs, comme l'a indiqué M. Budin, en écartant les petites lèvres, qu'il y a sur les parois du vagin des saillies violacées, plus ou moins nettes. Au toucher, ces petites tuméfactions donnent, d'après lui, la sensation de bourrelets et de nodosités arrondies. En outre la position horizontale peut faire disparaître en partie ces varicosités et la position verticale les faire revenir aussitôt. Il en serait de même, si la femme était couchée, et faisait de violents efforts, leur tension augmenterait en même temps que leur gonflement.

Un bon signe de diagnostic serait aussi, d'après cet auteur, une large tache de sang, s'étendant sur l'épaule et le tronc de l'enfant au moment de son expulsion.

Quant aux hémorrhagies résultant de la rupture d'un thrombus, c'est-à-dire, d'une tumeur sanguine infiltrée dans le tissu conjonctif, elles sont ordinairement précédées d'une douleur vive dans la partie qui en est le siège. Si le thrombus était sur le col, on aurait remarqué une tumeur non dépressible, assez résistante et d'une couleur franchement violacée. La rupture se ferait pendant l'accouchement et l'hémorrhagie qui en résulterait varierait comme abondance, selon le volume de la tumeur. En général, elle a lieu

brusquement et ne présente pas d'autres caractères qu'un écoulement de sang noirâtre, liquide ou en caillots, s'accompagnant fréquemment de symptômes nerveux graves. Ces signes suffiront cependant pour la différencier d'une hémorrhagie cervicale.

La déchirure est-elle vaginale, on en fait aisément le diagnostic par la vue seule. Pour cela il faut mettre la femme en position obstétricale et, après avoir écarté les grandes et les petites lèvres, constater le siège de la blessure, aidé d'une lumière s'il était nécessaire. Si elle était située plus profondément, on aurait recours au toucher. Mais pour cela il faudrait agir avec beaucoup de prudence et de douceur, car selon la remarque de Schröder, le toucher est très douloureux quand la muqueuse vaginale est le siège d'une rupture. Au reste, l'hémorrhagie engendrée par une lésion semblable n'est jamais bien considérable et ne peut être comparée à celle de la déchirure cervicale profonde.

Quant à celles du périnée et du clitoris, elles donnent lieu à un écoulement de sang plus abondant, mais le diagnostic du siège de la plaie est ici d'une grande facilité. Un simple regard sur la blessure suffit pour s'en assurer.

Voici, en quelques mots, une règle générale qui peut servir de résumé à tout ce chapitre :

« Quand après un accouchement, il survient une hémorrhagie abondante, si l'utérus est dur et bien contracté, si le sang perdu est rouge et limpide et s'il n'y a pas de blessures externes, on peut être assuré que la véritable cause de cette hémorrhagie est une déchirure profonde d'origine cervicale. »



DIAGNOSTIC

L'examen direct de la déchirure se fera tout de suite après la terminaison de l'accouchement. Grâce aux symptômes que nous avons indiqués dans le chapitre précédent, il sera facile à l'accoucheur d'en soupçonner l'existence et c'est à la rechercher et à en reconnaître le siège exact que devront tendre tous ses efforts. Quand on pratique le toucher après le travail chez une femme dont le col est déchiré, il arrive très souvent que l'on pénètre directement dans la cavité utérine à une profondeur plus ou moins considérable. Si la déchirure était double, on trouverait les lèvres du col divisées en deux lambeaux affaissés sur elles-mêmes et occupant la paroi postérieure du vagin. Quoiqu'il en soit, en imprimant au doigt un mouvement circulaire de va et vient, on ne tarde pas à tomber sur le siège de la lésion, après avoir ainsi exploré les culs-de-sac du vagin. A cet endroit le col est divisé et le doigt peut pénétrer dans son intérieur, on en sent les bords avec la plus grande facilité et l'on remonte ainsi plus ou moins haut, selon l'étendue de la déchirure. C'est par ce moyen que l'on constate sa profondeur et que l'on reconnaît si son angle supérieur dépasse

l'insertion vaginale. Le toucher suffira la plupart du temps pour faire le diagnostic du traumatisme peu après sa formation. Mais s'il était plus ancien et que les lésions chroniques eussent envahi le col, les difficultés s'accroîtraient. Dans ce cas le doigt qui pratique le toucher, sent sur un ou plusieurs points du museau de tanche, une brèche dans laquelle il s'engage en partie. Tantôt les lèvres sont flasques et flottent librement dans le vagin, tantôt elles sont hypertrophiées. Ses bords ne tardent pas à se séparer en se déroulant à l'extérieur et à donner naissance à un ectropion. La surface est arrondie, tuméfiée et couverte de granulations.

Si l'on imprime ensuite au doigt, un mouvement de circumduction autour du col, on sent que sa base est d'un diamètre inférieur au reste de l'organe et que l'ensemble de celui-ci rappelle assez bien la forme d'un champignon. On s'assurera, après cela, de l'état des culs-de-sac et l'on s'apercevra qu'il existe la plupart du temps une bride cicatricielle prolongeant la déchirure et remontant plus ou moins haut. Au reste cette bride n'est pas seulement extérieure, elle se produit encore dans l'intérieur de l'organe et si l'on prenait la précaution de dilater son orifice, on constaterait que le tissu cicatriciel remonte à une assez grande hauteur. Après avoir soigneusement observé toutes ces particularités, il faudra constater; s'il y a lieu, les changements de position de l'utérus, ainsi que l'état de ses annexes.

Le spéculum viendra ensuite compléter les données du toucher. Pour cela le choix de l'instrument est d'une grande importance. L'on se sert généralement en France, de celui de Cusco, en Amérique de celui de Sims. Quant au spé-

culum cylindrique, il doit être absolument banni; son extrémité venant butter directement sur les lèvres éversées du col déchiré. L'aspect de la lésion est alors celle d'une ulcération; ce qui n'est pas le cas dans la grande majorité des observations. Avec les spéculums de Cusco ou de Sims, il n'en est point ainsi. Aidé d'un tenaculum on saisira les lèvres de la plaie, on les rapprochera et on aura alors sous les yeux un col, avec sa forme et son aspect habituel. De plus tout son ensemble apparaîtra à la vue, une fois qu'il aura été bien saisi par les valves de l'instrument. C'est à cause de tous ces avantages que nous donnons la préférence à celui de Cusco, qui permet en outre de se passer de l'assistance d'un aide.

A ce moment on vérifiera par la vue les sensations données par le toucher. On notera l'état du col, l'étendue de la déchirure, sa direction et, dans le cas de lésions plus anciennes et chroniques, la présence de brides cicatricielles, l'érosion des tissus, et l'ectropion des lèvres s'ils existent.

Le cancer du col qui donne tantôt la sensation d'un corps dur, volumineux et recouvert de bosselures, tantôt celle d'un corps saignant et fongueux, pourrait être confondu avec une vieille déchirure ulcérée si l'on se contentait d'un examen superficiel. Mais pour un œil exercé les symptômes généraux, l'amaigrissement, le teint jaune paille, la cachexie mettront sur la voie du diagnostic. Il en sera de même des métrorrhagies abondantes et des sécrétions ichoreuses si caractéristiques de cette affection. Le toucher donne en outre des sensations tout à fait différentes; avec une déchirure un peu ancienne, on sent deux ou plusieurs saillies régulièrement arrondies, séparées entre elles par des fentes

dont la direction est presque toujours centrale. Dans le cancer, les lèvres du col sont friables, se laissent quelquefois traverser par le doigt et sont couvertes la plupart du temps de nodosités et de bosselures.

Certains cas de métrite chronique pourraient aussi induire le médecin en erreur. L'ectropion des lèvres n'est pas une rareté dans cette affection, le col est hypertrophié, recouvert de kystes folliculaires et légèrement ulcéré. Il est en outre, uniformément volumineux et n'a pas, comme dans la déchirure, cet aspect de champignon que nous avons indiqué. De plus il sera impossible de rapprocher avec un ténaculum les lèvres éversées du col, et de rendre ainsi à l'organe sa forme primitive.





PRONOSTIC

Supposons écarté le danger immédiat qui accompagne la déchirure profonde du col utérin pendant l'accouchement, c'est-à-dire l'hémorragie. Cette lésion peut encore donner lieu à des accidents d'un autre ordre. En cela elle se comporte à l'égard des processus infectieux comme toutes les solutions de continuité qui se produisent le long du tractus génital. Chacune d'elles, le cas échéant, sert de porte d'entrée aux germes venus du dehors. Parmi celles-ci c'est sans contredit la lacération cervicale qui offre le plus d'aptitude à la contamination.

Le col ne se contracte pas après l'accouchement, ses lèvres restent molles et flottantes, et quand la déchirure se produit, elle se fait au milieu de gros vaisseaux veineux et lymphatiques restés béants après le traumatisme et qui ne sont protégés par aucune oblitération thrombotique. De plus la plaie ne granule pas immédiatement, ainsi que cela a lieu au niveau de la désinsertion placentaire. Toutes ces conditions favorisent beaucoup l'apport des germes, leur pénétration immédiate ainsi que leur diffusion facile et lointaine. Ajoutons que les plaies du col se

trouvent sur le trajet des sécrétions, stériles ou septiques, suivant le cas, qui proviennent de la plaie utérine elle-même.

En ce qui concerne le mécanisme de l'infection puerpérale bien des inconnues restent encore à dégager. On ne saurait exactement préciser quelle part revient dans la genèse des accidents, à la plaie placentaire, à celle du col, en un mot aux divers traumatismes déterminés par le passage du fœtus. Il n'en reste pas moins acquis et c'est là le point important en clinique, que la déchirure profonde du col peut donner lieu, en vertu de son siège au niveau des gros troncs vasculaires de l'utérus, aux formes phlébitiques du puerpérisme infectueux. Le plus souvent l'infection ne se diffuse pas, elle se borne à des lésions de paramétrite, qui ne dépassent pas l'utérus et la zone periutérine. Elles constituent les petits accidents du puerpérisme.

Au milieu de ces diverses éventualités, que devient la plaie elle-même ?

Deux cas peuvent se présenter, ou bien elle se répare aseptiquement, ou bien elle donne lieu à des poussées de tissu cicatriciel qui la comblent en partie. Dans le premier cas toute la partie de la lacération qui siège au niveau de la portion sus-vaginale, se réunit par première intention, à l'abri de tout germe septique et par le fait du tassement consécutif à la délivrance.

De cette façon, elle se transforme en déchirure simple, n'intéressant que la portion vaginale de l'organe. Il en résulte une simple discision de l'orifice externe qui, de circulaire, devient fendu. Quand la déchirure est double, elle siège des deux côtés. Le col est formé de deux valves qui

restent accolées par le simple fait de la pression des parois vaginales et qui s'ouvrent quand on écarte ces dernières.

Cette disposition bivalve du col, qu'on cherche chirurgicalement à reproduire dans certains cas de sténose de l'orifice externe, serait très favorable, d'après certains auteurs, à une conception ultérieure et compenserait l'agrandissement du vagin qui se produit après les couches, principalement au niveau du cul-de-sac postérieur, véritable chambre de fécondation (nidus seminis).

Dans tous les cas, il est certain que les cols bivalves se rencontrent assez souvent chez les grandes multipares.

Il peut arriver, en second lieu, que le traumatisme ne soit plus à l'abri de l'infection et ne se répare qu'à la faveur d'un processus cicatriciel. C'est ici qu'apparaît la fameuse cheville fibreuse (cicatricial pflay) d'Emmet, qui depuis quinze ans a donné lieu à tant de controverses. Quelle que soit la valeur pathogénique du clou fibreux implanté en plein tissu utérin et péri-utérin par le fait des traumatismes obstétricaux, il faut reconnaître qu'Emmet a parfaitement étudié les modifications de forme et de structure qui se produisent au niveau de la partie lésée.

Rien n'est plus intéressant que d'examiner une déchirure profonde du col quand le processus cicatriciel est terminé. En écartant fortement les deux lèvres, on voit que la fente s'étend bien au-delà de ce qu'on aurait pu supposer, elle atteint parfois une profondeur si grande qu'on est tout porté à se demander si la matrice ne serait pas tout entière ouverte sur le côté.

Bien plus, le fond de l'encoche ne correspond pas à l'angle véritable de la lacération ; il est occupé par un

tampon fibreux remontant parfois très haut et qui empêche, par sa présence, l'exacte coaptation des lèvres du col. Après avoir pratiqué la dilatation du canal cervical, il est possible de suivre avec le doigt la néoformation cicatricielle dans toute son étendue. Au-dessus de l'angle de la lacération, la paroi utérine est amincie et comme mangée. Il semble dans certains cas, qu'elle n'existe plus. Il est alors évident que l'utérus a reçu dans sa structure une atteinte sérieuse.

Un autre point important à considérer, c'est que le travail cicatriciel se continue en dehors de l'utérus dans le tissu cellulaire qui double la déchirure et qui a participé au traumatisme. On sent, en pratiquant le toucher, des poussées scléreuses qui s'irradient sur les côtés du col, au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin correspondant.

Le plus souvent, la muqueuse vaginale est intacte et tapisse même l'angle de la lacération, de sorte que ces diverses lésions ne sont reconnaissables qu'au toucher. Dans certains cas, la voûte vaginale elle-même a participé au traumatisme ; il en résulte une cicatrice de la muqueuse même du vagin, cicatrice qui part de l'angle de la lacération et qui se dirige vers les parois pelviennes. Cette disposition, qui résulte de vastes déchirures irradiées est ordinairement l'indice de lésions paramétriques importantes. Ces brides cicatricielles qui partent du col et qui vont vers les parois latérales du bassin ou vers la symphyse, jouent un très grand rôle en pathologie utérine. Outre qu'elles déplacent le col et le fixent en position vicieuse, elles sont l'origine d'un grand nombre de troubles nerveux et mécaniques sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Mais parfois le tissu cellulaire de la zone paramétrique

correspondant à la déchirure est, pour ainsi dire, résorbé et rarefié par le fait de l'atrophie cicatricielle. Dans ce processus la dégénérescence scléreuse porte principalement sur les parois des vaisseaux qui occupent la base du ligament large et qui subissent des sténoses notables. Cet étranglement des troncs vasculaires se traduit par des troubles définitifs et permanents dans la nutrition de toute la zone utérine et péri utérine correspondante. Cette forme de paramérite, dite atrophiante n'est pas un des moindres méfaits de la déchirure septique du col.

Quand elle se répare vicieusement, les brides cicatricielles paramétriques font rarement défaut et se continuent directement avec l'encoche profonde résultant du traumatisme. Du côté opposé du col, les lèvres subissent une sorte d'enroulement sur elles-mêmes, d'ectropion bizarre, qui modifie singulièrement sa forme. Celui-ci se présente comme un moignon irrégulier, implanté sur le fond de la voûte vaginale, et sur lequel il est parfois malaisé de découvrir l'orifice externe; ce dernier se trouvant fortement déjeté sur le côté correspondant à la déchirure. Ces déformations, parfois très accentuées, survenues dans la structure du col, sont surtout appréciables à l'exploration bimanuelle. Elles exigent pour se produire une lacération unilatérale, siégeant ordinairement à gauche, avec intégrité de la commissure opposée, de façon à provoquer une dislocation de l'organe et des troubles profonds de la statique utérine.

S'il s'agissait d'une lacération bilatérale profonde, le col serait pour ainsi dire fendu dans toute sa hauteur et transformé en deux valves charnues, sur les faces internes desquelles apparaîtrait toute la muqueuse du canal cervical

entrouvert: Il ne faudrait pas croire que ces grandes formes amènent fatalement le déroulement à l'extérieur des lèvres et l'extériorisation de la muqueuse intra-cervicale. Les lèvres, bien que séparées par le traumatisme, peuvent rester en contact. Pour que leur éversion et l'ectropion muqueux viennent à se produire, il faut un élément inflammatoire qui mette en jeu les actions musculaires de la charpente utérine en provoquant des contractions de nature presque pathologique. Je m'explique :

A l'état normal, il y a pour ainsi dire équilibre entre les fibres sphinctériennes et les fibres longitudinales de l'utérus, par le fait de l'état de repos de l'organe. Mais que dans un col, même fermé, l'endométrite s'installe, il se produit sans retard une hernie de la muqueuse enflammée par suite de la paralysie des fibres circulaires sous-jacentes et de l'action prépondérante des fibres longitudinales. C'est un cas particulier de la loi de Stockes. Il faut encore y ajouter les tiraillements exercés sur chaque lèvre par les fibres musculaires, qui partent de chaque paroi du vagin (patte d'oie de Forget) et qui tendent à écarter en avant et en arrière les bords de l'orifice utérin.

Cette déformation s'accentue avec un col largement déchiré. Le système sphinctérien du col étant rompu, on voit apparaître les grandes formes de l'ectropion cervical. Les deux lèvres du col se déroulent alors en lèvres de nègre, en rebord de pot de chambre, selon la comparaison pittoresque de certains auteurs, ou encore comme les deux moitiés d'une tige de céleri qu'on aurait partagé longitudinalement. (Munde.) L'inflammation de la muqueuse utérine suffit pour amener tous ces changements de structure sur un

col traumatisé, par la mise en jeu des actions musculaires; il n'est pas besoin de recourir pour cela, à l'influence d'une cellulite périutérine, par laquelle Emmet explique toute la pathogénie du phénomène. Ce qui le prouve suffisamment, c'est que ces déformations peuvent se rencontrer sur un utérus absolument mobile, et sans traces de paramétrite rétractile.

Quoi qu'il en soit de la genèse de l'ectropion cervical, on peut dire que les lésions qui en résultent sont le résultat d'un cercle vicieux. La muqueuse herniée qui tapisse les lèvres en éversion, trouve dans le contact des parois du vagin des causes continuelles de frottement et d'irritation. Les processus inflammatoires s'exaspèrent à son niveau; le catarrhe muco-purulent devient profus et les érosions primitives peuvent dégénérer en énormes végétations qui présentent, dans certains cas, l'aspect de productions de mauvaise nature. Les lèvres elles-mêmes s'hypertrophient au point de faire croire à des dégénérescences néoplasiques, elles sont transformées en énormes moignons charnus et saignants qui remplissent tout le champ du spéculum et qui coïncident avec une notable hypertrophie de l'utérus tout entier. Ces formes hyperplasiques de la métrite chronique ne sont pas rares; on ne peut pas dire qu'elles reconnaissent toujours pour origine le traumatisme obstétrical. Mais, grâce à lui, elles revêtent un aspect et une intensité caractéristiques, et les lésions qui en résultent ne peuvent rétrocéder qu'à la faveur de la disparition de la déchirure elle-même.

Voilà en quelques mots les lésions créées par la lacération profonde du col, lésions qui ne sont autres que celles de

la métrite traumatique. Les troubles fonctionnels et douloureux provoqués par cet accident sont également nombreux et divers.

La signification de la déchirure cervicale a bien changé depuis quelques années au point de vue des symptômes. A un moment donné cette lésion était imputable d'innombrables méfaits dont l'énumération et la description remplissaient la gynécologie toute entière. Emmet en avait fait la clef de voûte de toute la pathologie utérine et croyait guérir la plupart des femmes en leur fermant le col.

Le même pays a vu fleurir, à peu d'années de distance, deux méthodes absolument opposées de guérison : l'une basée sur la fermeture, et l'autre sur l'ouverture du col, de sorte qu'on pouvait dire, avec raison, qu'Emmet passait sa vie à fermer les cols que Sims avait ouverts. Ces panacées universelles n'ont pas tenu leurs promesses; mais il en est resté deux bonnes opérations d'indication, assez rare, il est vrai, mais qui, dans des cas spéciaux et bien déterminés, peuvent rendre toutes les deux de grands services.

Aujourd'hui l'engouement, auquel ont donné lieu les doctrines du gynécologue américain, a fait place à une observation plus exacte des faits. On a vu qu'il existait bon nombre de déchirures profondes qui ne provoquaient aucune manifestation locale ou générale. et que même souvent les femmes ne paraissaient pas se douter être porteurs de cette lésion. Quant aux guérisons absolument miraculeuses dont on fait hommage à la trachelorrhaphie, il semble qu'il entre dans leur histoire beaucoup de suggestion. Nous rappellerons, pour mémoire, le cas de Schrœ-

der, qui guérit par la fermeture du col une sueur unilatérale du corps. Il en est de même des hystéro-névroses traitées de la sorte par les gynécologues américains, et, jusqu'à plus ample informé, nous mettons en doute ces guérisons merveilleuses, si faciles à obtenir par une simple intervention chirurgicale.

Ce qu'on ne saurait nier, c'est que le catarrhe du col et la déchirure de cet organe coexistent le plus souvent chez le même sujet; mais le premier n'est pas fatalement produit par la seconde.

Pour bien juger la signification des traumatismes, il faut faire intervenir l'élément inflammatoire. Il est évident que l'inflammation de la muqueuse utérine une fois établie, la déchirure crée au niveau du col un état tout à fait propre à entretenir et à augmenter ces lésions. Celles-ci revêtent une intensité considérable en rapport avec la déformation traumatique du col. A ce moment, la déchirure, de cause adjuvante, est devenue un élément essentiel dans la pathogénie des symptômes observés. Les deux ordres de lésions sont connexes, et l'on ne peut guérir l'une qu'à la condition de supprimer l'autre. Dans ces cas, la trachélorrhaphie est indiquée parce qu'elle supprime l'ectropion et permet à la muqueuse de réintégrer la cavité utérine, son habitat normal, où elle se trouve bien close et protégée contre les irritations extérieures.

Quant à la cheville cicatricielle elle-même, on peut se demander quel est son rôle dans la genèse des accidents douloureux? On a longuement discuté à ce sujet, sur un prétendu emprisonnement de filets nerveux qui serait cause de névralgies multiples. Mais la même objection s'impose

toujours. Il se rencontre un assez grand nombre de femmes, toutes porteuses de ces dégénérescences fibreuses dans l'épaisseur même de la paroi utérine et qui n'en sont nullement incommodées.

Je crois qu'il convient de faire intervenir ici la diffusion du processus scléreux dans la zone paramétrique correspondante, c'est-à-dire la formation de brides cicatricielles. De même que dans les déviations utérines, les processus de périmétrite dominent la scène au point de vue des phénomènes douloureux, de même ici la cicatrisation vicieuse d'une déchirure cervicale prend une importance considérable lorsqu'elle dépasse la paroi utérine et s'irradie dans l'épaisseur du tissu cellulaire pélvien. En résumé, on voit tous les jours des déchirures demeurer inoffensives. Dans ce cas, les deux moitiés béantes du col se font face et sont en coaptation parfaite sans présenter la moindre trace d'affection de la muqueuse. — La lésion ne retient pas alors sur la santé ou les fonctions des femmes.

D'autres fois, on trouve concurremment à un catarrhe utérin ou une métrite très prononcée, des lacérations cervicales, dont l'importance ne saurait être niée, au point de vue des douleurs, des métrorrhagies et autres troubles fonctionnels. Il faut donc en conclure que la déchirure du col ne provoque pas forcément des troubles graves et qu'elle peut très bien rester sans produire d'accidents ultérieurs. Mais, lorsque, pour une raison quelconque, il se développe sur elle des catarrhes, de la métrite chronique ou bien que le tissu cellulaire peri-utérin devient le siège de phénomènes inflammatoires, les déchirures du col donnent alors un

coup de fouet à ces lésions diverses et favorisent leur rapide extension. D'où permanence du mal.

Quand l'appareil génital est sain, les déchirures, même très profondes, peuvent rester inoffensives et n'exigent aucune intervention. Lorsqu'au contraire, il survient des états pathologiques dans le voisinage, le traitement de ces lésions s'impose aussitôt, afin de supprimer une des causes qui entretient le mal et dont la présence est incompatible avec une guérison complète.





TRAITEMENT

Nous arrivons au chapitre le plus important de notre travail, au traitement de la déchirure et de l'hémorrhagie dont elle est la cause. En raison du grand nombre de procédés qui ont été préconisés, il importe de faire un choix parmi eux et de les classer selon leur importance.

Nous ne nous attarderons pas à indiquer à l'accoucheur les moyens d'éviter les déchirures du col. On se trouve ici en présence d'un accident presque inévitable, dont il sera le premier à souffrir. Et cela d'autant mieux que les personnes étrangères à l'art ne manqueront pas d'attribuer cet accident à son inexpérience et à sa maladresse. Qu'il se contente, quand il se trouvera en présence d'une malade en imminence de rupture, de bien diriger ses contractions, de modérer ses efforts expulsifs et de ne pas rompre trop tôt la poche des eaux qui contribue si puissamment à la dilatation de l'orifice cervical.

Mais devant l'abondance de l'hémorrhagie, il est nécessaire qu'il intervienne avec décision et promptitude. Les diverses méthodes de traitement qui ont été proposées, peuvent se diviser en deux classes. La première comprend

celles qui ont pour but d'assurer l'hémostase en comprimant directement la source de l'hémorrhagie ; la seconde, celles qui cherchent la juxtaposition des lèvres de la plaie afin d'obtenir une réunion immédiate.

Pour remplir la première indication, certains auteurs ont préconisé l'usage de longues pinces hémostatiques qu'ils portent jusqu'aux vaisseaux déchirés et qu'ils abandonnent ainsi jusqu'à la cessation de l'hémorrhagie. Mais ce procédé n'est pas très sûr. Les pinces, une fois placées, tombent facilement et l'écoulement reparait aussitôt.

Traitement de Fritsch. — Voici comment s'exprime cet auteur sur les moyens d'appliquer son traitement. Rapprocher, après la délivrance, les cuisses de la femme, de manière à fermer la vulve. En même temps, relever son siège et lui faire garder un repos absolu, frictionner légèrement l'abdomen pour exciter les contractions et surveiller attentivement le poulx. L'hémorrhagie s'arrêtera alors, grâce à la formation de caillots qui tamponneront le vagin.

Quand cette manœuvre n'est pas possible, Fritsch a recours à l'injection de perchlorure de fer. Au bout de deux heures, il nettoie le vagin avec une injection phéniquée au 1/200. Après vingt-quatre heures, il cherche à détacher par un grattage modéré les caillots qui adhèrent à la paroi vaginale. Enfin toutes les douze heures, il fait un grand lavage antiseptique.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire, l'emploi du *ballon de Barnes* et celui des *deux ballons* conseillés par Delore, de Lyon.

Tamponnement. — Ce procédé, conseillé autrefois par Duparcque, était peu à peu tombé en désuétude et c'est à

M. le professeur Tarnier que revient le grand mérite de l'avoir remis en honneur. En raison de son importance pratique et des services qu'il rend tous les jours aux accoucheurs, nous nous permettrons de le décrire en entier.

Pour faire un bon tamponnement, deux objets sont nécessaires : du coton hydrophile et un corps gras. Avec le coton, on fait une série de 60 ou 80 bourdonnets du volume d'une noix. Une fois achevés, on les relie l'un à l'autre au moyen du même fil en forme de queue de cerf-volant, ou on les attache isolément à des fils séparés.

Cette opération terminée, on les trempe dans une solution antiseptique de bichlorure de mercure à 1/1000, ou d'acide phénique à 1/50. Il est prudent de les laisser séjourner assez longtemps dans un pareil milieu. Au moment de les employer on les exprime fortement et on les recouvre de cérat ou de vaseline phéniquée. La femme est placée en travers du lit, étendue sur le dos, les cuisses légèrement écartées et maintenues par deux aides. On vide la vessie de son contenu et on débarrasse le vagin des caillots qu'il peut renfermer à l'aide d'une injection antiseptique. Cela fait, l'accoucheur place une de ses mains ou simplement deux doigts dans la cavité vaginale, puis à l'aide d'une pince, il pousse de l'autre les bourdonnets de coton qu'il porte jusqu'au siège de la déchirure. Il a soin de bien garnir les culs-de-sac du vagin, puis il le remplit entièrement en tassant fortement les bourdonnets.

Quand ces derniers sont de la grosseur d'une petite noix, il est indispensable d'en introduire une quarantaine. On applique ensuite sur la vulve des bandes de gaze iodofornée, recouvertes de plaques de coton hydrophile, le tout

soigneusement maintenu par un bandage en T. Si l'on ne prenait toutes ces précautions, il pourrait se produire sous l'influence de l'extrême distension vaginale, une issue des bourdonnets qui composent le tamponnement.

M. Tarnier conseille de ne pas laisser en place le tampon plus d'une demi journée, sans quoi on s'exposerait à voir survenir des accidents de compression. Néanmoins il arrive parfois qu'on est obligé d'enlever prématurément le tampon s'il existe une douleur trop vive, ou une température trop élevée. On se trouvera alors en présence de cette alternative. L'hémorrhagie a cessé, et il suffira de tenir la malade en observation, dans la crainte de la voir se reproduire, ou bien l'écoulement n'est pas tari et il sera nécessaire de procéder à un second tamponnement. Pendant les moments de repos, laissés à la malade, il faudra soutenir ses forces à l'aide de boissons alcoolisées, pratiquer des injections sous-cutanées d'éther et entretenir autour d'elle une chaleur continuelle.

Ce traitement que nous avons vu appliquer un grand nombre de fois, n'a donné sous nos yeux que d'excellents résultats. Certains auteurs lui ont cependant reproché de transformer une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, et de créer ainsi un danger beaucoup plus grand ; le sang ne pouvant trouver d'issue par la voie vaginale, remplit la cavité utérine. Mais ces cas sont excessivement rares et le tamponnement vaginal doit rester la méthode de choix.

Je ne crois pas cependant devoir passer sous silence la méthode de Dührssen, qui consiste à tamponner tout le conduit utéro-vaginal. Pour cela il se sert de bandes de gaze

iodoformée qu'il introduit dans l'intérieur de la matrice. Il la remplit avec le plus grand soin, mais une fois parvenu au niveau de la déchirure, il remplace la gaze par des tampons d'ouate salicylée dont il garnit avec soin le pourtour de l'orifice cervical et tout l'intérieur du vagin.

« Aujourd'hui, dit Dührssen, le médecin possède dans mon procédé un moyen à la fois sûr et inoffensif d'arrêter une hémorrhagie survenant après l'accouchement, quelle qu'en soit la cause. De plus, en cas d'hémorrhagie des parties extérieures, ce tamponnement permet de reconnaître par voie d'exclusion la source de l'accident. Ma méthode est surtout bonne pour l'accoucheur qui débute. En effet, si elle n'arrête pas à fond une hémorrhagie due à une rupture de l'artère utérine, elle la diminue notablement, ce qui permet au praticien, qui le plus souvent se trouve seul, de faire les préparatifs nécessaires pour exécuter une suture. D'autre part, ce procédé exige beaucoup moins de précision dans le diagnostic. C'est surtout dans les cas mixtes où l'hémorrhagie provient à la fois d'une atonie musculaire et d'une lacération cervicale, qu'il sera vraiment utile, parce qu'il arrête du même coup le sang provenant de ces deux sources. »

Plusieurs médecins ont préconisé les injections sous cutanées d'ergotine. Nous avouons n'avoir pas une grande confiance en cette méthode. On n'est plus ici en présence d'une hémorrhagie par inertie utérine pouvant s'arrêter dès que le muscle a retrouvé ses contractions. La cause de l'accouchement est bien différente. L'artère utérine, ou une de ses branches principales a été rompue et la contraction utérine

réveillée par l'ergotine, ne fera pas disparaître l'hémorrhagie.

J'en dirai autant de l'emploi des injections chaudes, quoique cette méthode soit bien préférable à la précédente. On peut espérer que, sous l'influence de la chaleur, les vaisseaux lésés se resserreront et que l'écoulement disparaîtra.

Quelques mots seulement sur les procédés qui ont pour but de réunir directement les lèvres de la déchirure.

Le procédé de Breisky est fort peu connu en France, quoique certains accoucheurs, tels que les docteurs Doléris et Fraisse, l'aient quelquefois employé et s'en soient très bien trouvés. Voici d'après ce dernier, comment il convient de procéder. « La source de l'hémorrhagie étant reconnue ou soupçonnée, on introduit dans le cul-de-sac vaginal les derniers doigts de la main gauche, la main dirigée en haut. Tandis que les doigts soulèvent la lèvre inférieure du col et la poussent fortement vers la symphyse, c'est-à-dire contre la lèvre supérieure, l'autre main, restée extérieure, saisit le globe utérin et l'infléchit en sens inverse de manière à produire une antéflexion et un tassement forcé du corps sur le col. Par le fait de cette action combinée, les surfaces dénudées, créées par le traumatisme, sont remises en contact et subissent une pression extérieure qui assure l'hémostase par rapprochement énergique des points désunis. » On maintient cette coaptation pendant 5, 6 jusqu'à 10 minutes. Retirant ensuite les mains avec précaution, on s'aperçoit qu'il ne vient plus de sang.

Néanmoins, le meilleur procédé dans cet ordre d'idée est encore la suture immédiate des lèvres de la déchirure. Son seul inconvénient est de nécessiter un outillage assez com-

pliqué et une connaissance approfondie de ce *genre d'opération*.

Après *l'opération*, la malade gardera pendant deux ou trois semaines un repos absolu. Deux ou trois fois par jour on fera des injections antiseptiques accompagnées de pulvérisations d'iodoforme. Plus tard, quand les sutures auront été enlevées, la malade devra éviter pendant quelque temps toute cause d'excitation sexuelle et bien se rappeler que c'est à elle maintenant de compléter l'œuvre du chirurgien.





OBSERVATION I. — (PERSONNELLE).

Rigidité du col. Déchirure spontanée. Accouchement au forceps et délivrance dans la déchirure.

La nommée Rosina T..., âgée de 34 ans, est entrée à l'hôpital de la Clinique, le 22 février 1892, avec une présentation du sommet en O. I. D. P. La tête était déjà engagée. Bassin normal. Pas d'albumine dans les urines.

Le 19 mars à 7 heures du matin elle ressentit les premières douleurs du travail. Dans la soirée elle se présenta à la salle d'accouchement; après la rupture des membranes, on trouve son col long, très épais, mais ouvert. La dilatation est grande comme une pièce de 1 fr. environ.

Le 20 mars, à 8 heures du matin, le col est effacé mais il reste toujours très épais. A 9 heures on la met dans le bain, après lequel on constate le même état.

A 10 heures, Mlle le docteur Landais trouve l'orifice un peu plus dilaté. Les bords sont toujours épais, quoique un peu plus souples. La tête, bien engagée, appuie sur cet orifice, mais elle est peu fléchie. On atteint très facilement à gauche et en avant, la fontanelle antérieure.

L'auscultation du fœtus présente ceci de particulier, que les bruits du cœur, bien frappés et rapides, ont de temps en temps des intermittences d'un temps.

On place ensuite le dilatateur de M. Tarnier, et voici les résultats que l'on obtient :

Dilatateur.

11 h. matin, avec 2 caoutch., l'écartement est de	5 c.	1/2
11 h. 15' 4 — 4 c.	1/2	
12 h. 5 — 3 c.	1/2	
1 h. 5 — 3 c.	1/2	
1 h. 15' 7 — 2 c.	1/2	

A 1 h. 45 on enlève l'instrument et l'on constate que la dilatation n'a pas fait un pas. Mais si l'orifice n'a pas gagné en circonférence, ses bords se sont amincis et présentent maintenant les caractères d'un orifice rigide. Après un nouveau bain d'une heure, on enlève l'instrument et l'on constate que la dilatation augmente un peu.

A 10 heures du soir, le dilatateur est de nouveau placé pendant 3 heures avec 2 caoutchoucs. On le retire à minuit, l'orifice n'ayant pas augmenté.

A 1 h. du matin, on remet la parturiente dans un grand bain avec l'intention de l'y laisser au moins une heure, mais à peine y est-elle entrée, que les douleurs se réveillent plus énergiques. Elles sont espacées et reviennent assez régulièrement toutes les 3 minutes. Au bout d'une heure la malade s'écrie tout à coup : « On dirait que cela passe. » L'élève sage-femme qui ausculte la première, trouve les bruits du cœur très ralentis. A son tour, Mlle Landais fait

la même constatation. Elle prévient M. Tissier qui fait répondre d'appliquer en hâte le forceps.

On constate maintenant que la tête vient à la vulve, et l'entrouvre à chaque douleur, entraînant avec elle une masse charnue, œdématiée, serrée entre la tête et le pubis que nous croyons être la lèvre antérieure du col. On remarque en même temps que le bord de cette lèvre est friable et déchiqueté.

Après avoir vainement essayé de la repousser doucement en arrière, Mlle Landais fait une application de forceps sur la tête mal fléchie en O. I. D. P. La lèvre antérieure gêne beaucoup l'opération. Néanmoins la tête descend, brusquement poussée par les violentes contractions de la femme qu'il est impossible de modérer. Tout à coup la tête sort en O. I. D. A., sans qu'on ait eu le temps de faire la rotation. Le périnée est largement déchiré.

L'enfant ne respire pas (asphyxie blanche). On l'insuffle vainement pendant $3/4$ d'heures. Il pesait 4370 grammes.

La délivrance est normale, et se fait facilement, par légère traction sur le cordon.

Pendant que Mlle Landais faisait une injection intra-utérine, elle constate avec surprise que ce qu'elle avait pris pour la lèvre antérieure du col, n'est autre que la lèvre postérieure déchirée qui est venue se mettre en contact de l'antérieure.

Il s'est fait, en un mot, sur la lèvre postérieure du col une large déchirure en forme de boutonnière. En avant on voit que l'orifice externe a conservé ses dimensions (à peu près 5 fr.) et que son bord est toujours intact, aminci et dur.

C'est donc au travers de cette boutonnière que s'est faite l'application de forceps, la délivrance et plus tard l'injection intra-utérine. M. Tissier procède ensuite à la suture du périnée.

A la visite du lendemain M. le professeur Tarnier examine la malade et conserve l'espoir de voir les lèvres de la plaie se réunir par première intention.

Le 23 mars, l'état est stationnaire.

Le 24, il devient plus inquiétant. Toute la partie située en arrière du col (c'est-à-dire entre son orifice et la boutonnière) est gangrenée. Un liquide ichoreux s'écoule par l'orifice vulvaire.

M. Tarnier place la femme en travers du lit, et pendant que deux aides tiennent élevées les cuisses de la malade, il introduit son doigt dans la boutonnière et attire à lui le lambeau sphacélé. D'un coup de ciseau, il le coupe en deux; puis prenant chacune de ces parties ainsi divisées avec des pinces, il enlève les tissus sphacelés jusqu'à ce qu'il trouve les tissus sains.

Dans la partie voisine de la coupe le tissu était complètement gangrené, mais à mesure qu'on s'en éloignait il devenait de plus en plus sain. Dans la crainte de laisser quelque noyau sphacélé, M. Tarnier excise avec le thermo-cautère, les parties qui lui paraissent douteuses et même celles qui sont un peu vivantes. Cette excision est faite lentement et à petits coups, la lame du thermo-cautère étant maintenu au rouge-brun, pour empêcher l'hémorrhagie. Lavages antiseptiques au permanganate de potasse. Bandes de gaze iodoformée dans le vagin. Bandage en T.

Après l'opération l'état de la malade devient plus satis-

faisant. Toutes les 3 heures on lui fait des lavages très abondants au permanganate de potasse.

OBSERVATION II. — (PERSONNELLE.)

Présentation de l'épaule en A. I. D. T. — Version. Large déchirure du col au moment de l'extraction de la tête dernière.

La nommée M..., couturière, âgée de 32 ans, entre à l'hôpital le 2 avril. Elevée au sein par sa mère, elle a marché à l'âge de 11 mois et n'eut pas de maladies graves pendant son enfance.

Son premier accouchement eut lieu à l'hôpital Lariboisière. Il nécessita une application de forceps. Deux autres grossesses se passèrent sans incidents.

Elle va accoucher aujourd'hui pour la quatrième fois. A son entrée à la Clinique, on reconnaît que c'est une femme bien constituée. Bassin normal. Les urines ne renferment pas d'albumine. Sa grossesse s'est passée sans malaise et sans aucune complication.

La dernière apparition de ses règles date du 23 au 30 juillet. L'utérus s'élève à 5 ou 6 travers de doigt en dessous de l'ombilic. Il paraît un peu étalé dans le sens transversal. Au palper on trouve que la tête est située dans le flanc droit, les petites extrémités dans l'hypochondre gauche. Il est difficile de sentir le dos. L'enfant se présente

donc par l'épaule et la partie fœtale est mobile au-dessus du détroit supérieur. Les battements du cœur sont réguliers et bien frappés.

Le 1^{er} avril à 7 heures du matin, elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement. Ces dernières durèrent toute la journée et toute la nuit, mais elles perdirent peu à peu de leur énergie.

A 11 heures du soir, Rupture prématurée des membranes. Le liquide amniotique est normal.

Le 2 avril à 8 heures du matin, les douleurs devenant plus fortes et la dilatation se faisant peu à peu, la malade entre dans la salle d'accouchement. A 9 heures elle est égale à une pièce de 5 francs, mais elle n'augmente ensuite que bien lentement.

A 10 heures, on met la malade en travers du lit après avoir soigneusement aseptisé les voies génitales.

On l'endort au chloroforme et M. le D^r Tissier, sur les conseils de M. Tarnier, pratique immédiatement la version. Il introduit la main gauche dans la cavité utérine et reconnaît que l'enfant se présente en A. I. D. T. Il recherche les pieds, et parvient avec peine à saisir le postérieur. L'utérus contracté gênant beaucoup ses mouvements. Pendant qu'il attire à la vulve le membre inférieur, il repousse en haut la tête du fœtus par le palper abdominal. Il passe un lac dans le pied de l'enfant et tire vigoureusement en bas dans la direction de l'axe du détroit supérieur. Dès que le siège apparaît à la vulve, il le saisit à pleines mains à l'aide d'un linge et continue les tractions.

La jambe gauche du fœtus relevée et formant attelle, contribue encore à gêner le dégagement. Dès que le cordon

ombilical devient visible il l'attire légèrement et glissant ensuite ses doigts dans le pli formé par le membre inférieur du fœtus relevé, il parvient à l'extraire.

L'abdomen dégagé, il continue les tractions, tout en dirigeant la colonne vertébrale, en avant, vers le milieu de la branche ischio-pubienne. Puis les bras étant relevés, il les abaisse successivement. Toutes ces manœuvres avaient bien duré 7 à 8 minutes, malgré leur rapidité d'exécution. Il était nécessaire de procéder rapidement à l'extraction de la tête.

Sur les conseils de M. Tarnier, M. Tissier fait une application de forceps sur la tête dernière. Toutefois il éprouve une grande difficulté à faire pénétrer les branches de l'instrument, le col n'étant pas assez dilaté et emprisonnant la tête.

Il retire les branches. et continue la traction avec beaucoup de précaution. Tout à coup la tête traverse le col et s'engage dans le vagin en O. P. M. Tissier met ses deux doigts dans la bouche du fœtus et extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau.

On coupe immédiatement le cordon, et pendant qu'on essaye de ranimer l'enfant, M. Tissier fait la délivrance artificielle. Il remet de nouveau la main dans l'utérus pour bien s'assurer qu'il n'y reste aucun débris de membranes. En la retirant, il s'aperçoit qu'il existe, sur le côté droit du col, une large déchirure dépassant légèrement l'insertion vaginale. Une hémorrhagie assez considérable se déclare; mais l'utérus est dur et bien contracté.

On fait à la femme des injections très chaudes, à 50°. de microcidine. Ces dernières diminuent beaucoup l'écou-

lement; mais, pour plus de sécurité, on pratique le tamponnement à l'aide de bandelettes de gaze iodoformée.

On s'efforce ensuite de ranimer la malade à l'aide de boissons alcoolisées. Elle revient d'ailleurs rapidement à elle. Son pouls est bon. Sa respiration normale.

Chez cette femme, le travail avait duré 26 heures, son enfant, du sexe masculin, pesait 2,350 grammes; sa longueur était de 0,48. Malgré tous les soins qui lui furent prodigués, malgré une longue insufflation, à l'aide du tube de M. Richemont, on ne put parvenir à le ranimer.

5 Avril. — La malade ne souffre pas. Elle n'a pas, dans l'abdomen, de points douloureux à la pression.

Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION III. — (INÉDITE.)

Due à l'obligeance de M^{me} Dervin, sage-femme de la maternité et des hôpitaux.

ABLATION DE LA LÈVRE ANTÉRIEURE DU COL AU 1^{er} ACCOUCHEMENT. — PROLAPSUS DE L'UTERUS. — DEUX AUTRES ACCOUCHEMENTS NORMAUX.

Madame Debille, à St-Mandé, âgée de 29 ans. Elevée au sein par sa mère, elle a marché à 18 mois. Réglée à 13 ans 1/2. Point de maladie durant son enfance.

En 1881, six mois après son mariage, M. Labbé pratiqua

sur elle le débridement vaginal. Vers le milieu du mois de juin 1883, elle devint enceinte. Sa grossesse fut pénible. Elle avait régulièrement deux syncopes par jour, les membres inférieurs infiltrés et une assez grande quantité d'albumine dans les urines. Elle put néanmoins arriver à terme, et le 27 mars 1884, le docteur X... fut appelé pour procéder à l'accouchement. Les contractions étaient fortes et régulières. La poche des eaux s'étant rompue, on vit brusquement apparaître à la vulve la tête et la lèvre antérieure du col de l'utérus. Un écoulement sanguin dont on put difficilement se rendre maître, survint aussitôt. Peu après la tête franchissait la vulve, mais les épaules ne purent se dégager. Au dire des personnes présentes ce ne fut que longtemps après, sous l'influence d'efforts considérables que celles-ci se dégagèrent vivement. Le périnée se déchira sur toute sa longueur. Le sphincter anal étant aussi intéressé.

L'enfant du sexe masculin était mort pendant le travail. La délivrance fut naturelle, et les suites de couches normales, à part peut-être une légère élévation de température.

La malade se leva le 21^e jour, mais la marche était très pénible pour elle. Désirant ardemment voir arriver le terme de ses souffrances, et mener à bien une deuxième grossesse, elle se rendit chez M. le professeur Tarnier qui constata un prolapsus complet de l'utérus et l'ablation d'une grande partie de la lèvre antérieure du col. Il fit assez facilement la réduction de l'utérus, ordonna le repos le plus complet et des injections de sublimé. Sous l'influence de ce traitement l'état de la malade changea spontanément et s'améliora de jour en jour.

Au mois de juin 1888, ses règles disparurent. Consultée deux mois plus tard, je reconnus après l'interrogatoire et un examen attentif, qu'elle était de nouveau enceinte. Je fus frappé de la facilité avec laquelle ma main tout entière pénétrait dans le vagin. La lèvre antérieure du col avait disparu et la postérieure flottait librement dans le vagin.

Le 12 mars, à la suite d'une sortie en voiture, Mme Debille se sentit tout à coup mouillée, elle rentra chez elle et me fit appeler. Je reconnus au palper que la tête de l'enfant était placée en haut, dans le flanc gauche, elle ballottait aisément. Au toucher, on arrivait difficilement sur la partie foétale; néanmoins, en m'aidant du palper, je pus reconnaître que j'avais affaire à une présentation de siège en S. I. G. A. Les contractions étant nulles, je tentai la version par manœuvres externes. Elle se fit d'ailleurs avec le plus grande facilité, puis je plaçai un bandage en rouleau des deux côtés de la tête de façon à la maintenir à l'hypogastre.

Le 13 mars, les douleurs augmentèrent. La tête n'avait pas changé de situation. L'accouchement se termina spontanément à 2 heures du soir. L'enfant, du sexe féminin, était bien constitué.

L'enfant, nourrie par sa mère, fut sevrée à 14 mois. La malade se décida, sur mes instances, à se faire faire la perinéorrhaphie. Cette opération fut pratiquée chez elle par le docteur C... et réussit pleinement. Un mois après, madame D... se levait et pouvait retenir les gaz et les garde-robes qu'elle laissait autrefois échapper involontairement.

Au mois d'octobre 1891, j'eus de nouveau la visite de Mme D... et je reconnus qu'elle était enceinte pour la troisième fois. Elle accoucha le 27 mars 1892 d'une fille bien

constituée, en présentation du sommet en O. I. G. A. L'enfant pesait 4.500 grammes. La petite lèvre du côté gauche fut légèrement déchirée au passage de la tête, mais le périnée resta intact. Mme D... resta trois semaines au lit pendant lesquels on lui donna régulièrement des injections de sublimé à 1/3000. Le vagin était saupoudré d'icodoforme après chaque toilette. La malade se porte aujourd'hui très bien et a repris ses occupations.

OBSERVATION IV.

RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES. — ACCOUCHEMENT
LABORIEUX. — DÉCHIRURE DU COL. — HÉMORRHAGIE. —
TAMPONNEMENT.

*Observation publiée par M. le docteur Remy (Archives de
Tocologie. t. XIV, p. 880; Extrait de la Revue médi-
cale de l'Est).*

Le dimanche 18 décembre 1881, je fus appelé près d'une femme en travail depuis trois jours, voici ce qui me fut raconté par la sage-femme. Mme X... avait perdu les eaux dans la nuit du jeudi au vendredi, avant tout travail et avant la disparition du col. Les douleurs se firent sentir le vendredi et le samedi et n'eurent d'autre effet que celui de faire disparaître le col; les douleurs très faibles produisirent la dilatation de l'orifice, puis elles cessent complè-

tement; il y eut inertie. Vu la longueur du travail et en raison de cette inertie, la sage-femme me fit appeler; j'examinai l'état des choses.

Les battements étaient forts, la tête était en partie descendue et la bosse sanguine touchait le plancher du bassin. Cette tuméfaction, ainsi qu'un état particulier de mollesse des os du crâne, ne permit point de trouver exactement la petite fontanelle. On sentait la lèvre antérieure du col, puis entre la tête et le pubis, et un peu à gauche et en avant, le bord de l'orifice. Rien à droite, ni en arrière. En raison de cette inertie et de la durée du travail, je pensai qu'il ne fallait pas compter sur la nature et qu'il était bon de faire une application de forceps. La branche gauche fut introduite la première; l'articulation présenta assez de difficultés, mais fut faite avec prudence, après avoir retiré la branche droite pour la replacer.

L'extraction fut faite très lentement, par moments, pour simuler l'action de la nature et dilater lentement le périnée; la vulve était très petite; par précaution, on fit deux débridements latéraux avec des ciseaux.

Très peu de sang pendant l'extraction. Le forceps est enlevé au moment où la tête allait franchir le périnée.

Un circulaire du cordon sur le cou peut être enlevé.

La mère ne poussant pas, on dut faire l'extraction de l'enfant, qui avait essayé de faire une inspiration. Dégagement antéro-postérieur des épaules.

Après la sortie du fœtus, nous redoutions une hémorragie par inertie. La solution d'ergotine était prête pour une injection. Une légère déchirure périnéale (1 centimètre 1/2)

est constatée. Pas d'hémorrhagie, la matrice est surveillée avec une main.

On essaye de faire la délivrance par le procédé de Crédé en y ajoutant quelques tractions sur le cordon. Après quelques tentatives, le placenta peut être amené. Une injection d'ergotine d'Yvon fut pratiquée, le placenta était énorme.

Ce n'est qu'après sa sortie que se déclara une hémorrhagie très importante.

La matrice était *petite, dure*.

Je pensai à la possibilité d'une déchirure, soit au niveau du col, soit au vagin.

La main introduite permet de reconnaître que le corps utérin est dur; il y avait une déchirure du côté gauche, c'était de là que partait le sang. Je fis la compression de l'aorte et je tins l'utérus. Je n'avais ni charpie ni coton sous la main. Je fis le tamponnement avec du linge; le coton arriva, on fit un tamponnement avec une série de bourdonnets de coton, et pour m'assurer de la contraction utérine, je donnai deux paquets de 50 centigrammes d'ergot. L'hémorrhagie s'arrêta et je maintins l'utérus pendant deux heures pour prévenir sa dilatation.

L'accouchement était terminé à une heure 1/4 de l'après midi.

L'enfant très gros. Caput succedaneum.

Perte évaluée à 1 kilog. 500 peut-être.

Signes généraux de l'hémorrhagie.

Traitement. — Injections d'éther, eau sucrée et eau-de-vie, puis champagne.

Le 19 décembre, deuxième jour. — A huit heures du matin, la température est de 36°6; la malade va bien. Il

n'y a eu qu'un léger suintement de sang ; la matrice, soutenue par le seigle ergoté de la veille, reste bien contractée.

A dix heures, vingt heures après l'accident, on enlève la tampon avec une grande précaution. La partie du tampon qui portait sur le col déchiré ramène un caillot mou, les autres boulettes de coton sont rougies, mais non imbibées par le sang. On donne une injection avec beaucoup de précaution et l'on ne constate aucune hémorrhagie. La plaie du col s'est rapprochée, n'est plus si longue. On ne remet pas de tampon.

La femme prend du potage, lait, champagne.

Rétablissement au vingtième jour.

La femme fut examinée vers la sixième semaine. La plaie du col est cicatrisée, le doigt pouvait la reconnaître sur le col et sur la voûte vaginale du côté gauche.

Je dois ajouter que depuis, j'ai pu mesurer le diamètre antéro-postérieur qui peut être environ de 8 cent. 1/2 à 9 centimètres.

Cette femme a depuis accouché deux fois normalement.

OBSERVATION V.

(Thèse de Jacquilot. Observation I.)

Allongement hypertrophique et polype du col. — Grossesse. — Déchirure spontanée. — Guérison.

La nommée Chassevay, 38 ans, journalière, entre le 12 mai à l'hôpital Tenon, pavillon Baudelocque, lit n° 10, service de M. le Dr Ribemont.

Aucune maladie antérieure, aucune manifestation morbide ayant pu attirer l'attention vers quelque affection des organes génitaux. Réglée à 16 ans. Menstruation toujours régulière. Première grossesse approchant 9 mois. Dernière époque du 15 au 18 août. Pas d'accident ou de complications de la grossesse. Les premières douleurs ont apparu depuis deux jours, rares, peu intenses, énervantes. Ruptures des membranes le matin de l'entrée.

État actuel. 13 mai. — Bonne constitution; fonctions organiques normales. Signes d'une grossesse simple à terme. Enfant vivant; présentation du sommet en O.I.D.P. Tête assez fortement engagée.

C'est surtout l'examen par le toucher qui révèle des particularités intéressantes.

L'extrémité libre du col est à 3 centimètres de la vulve, et on l'aperçoit en écartant les petites lèvres. L'effacement est complet. L'orifice externe est fermé, régulier, rigide; la pulpe de l'index pénètre à peine et sent la tête à nu. Sur la lèvre antérieure du col, petite tumeur du volume d'une noix, arrondie, régulière, violacée, demi-molle, un peu pédiculée. Elle semble avoir été repoussée par la tête, et s'être pour ainsi dire dégagée sous la symphyse.

On cherche alors à limiter le col. En contourant la tête qui est d'un volume médiocre, on constate aisément la grande profondeur des culs-de-sac du vagin, dont on atteint à peine la limite, même en avant.

La facilité avec laquelle on peut contourner la tête dans cette exploration montre que les parties ne sont pas le siège d'une compression inquiétante. Le segment de col qui

coiffe la tête paraît cependant assez tendu et mince, sauf vers le bord libre.

Conformation du bassin normale. — Repos au lit. Injections vaginales au sublimé.

14 mai. État général bon. Peu de progrès du travail. Coloration violacée plus intense des parties génitales. Le soir, la dilatation est comme une pièce de 2 fr., mais les douleurs sont à peine sensibles.

Le 15. Nuit calme. Au matin, dilatation comme une pièce de 5 fr. Bords du col restés durs et épais. Douleurs nulles; état général bon. Pas de modifications jusqu'au milieu de la journée; l'enfant ne souffre pas. A 1 heure, réveil des douleurs plus intenses. A 2 heures, même largeur de l'orifice, bords un peu moins rigides, pas de signes d'étranglement des parties. On attend le moment où le col sera un peu plus dilatable pour appliquer le forceps. La position O.I.D.P. s'est réduite en O.I.D.A.

A 3 heures, pendant une douleur un peu plus vive, rupture transversale du col, occupant les $\frac{3}{5}$ postérieurs, à 3 centimètres du bord libre. Pas de symptômes particuliers accusés par la malade. Écoulement sanguin insignifiant. Immédiatement, l'expulsion du fœtus a lieu par cette ouverture accidentelle. Le dégagement se fait en occipito-postérieure.

Enfant du sexe masculin pesant 2,750 grammes; état physique bon. La sortie du fœtus a été précédée de l'expulsion au dehors du segment de col détaché qui pend à la vulve en formant un demi-anneau irrégulier. L'orifice normal du col a conservé les mêmes caractères qu'il présentait avant l'accident, 3 h. 25 m.

Une hémorrhagie menaçante accompagne le décollement du placenta, et nécessite la délivrance artificielle. La main est introduite dans l'utérus en suivant le cordon à travers l'orifice anormal. Décollement laborieux, extraction complète à 4 heures. Annexes entières; dégénérescence partielle du placenta vers le bord gauche. Couches fibreuses anciennes, grains calcaires.

Dès que l'utérus est vidé, écoulement sanguin modéré. Grande injection utérine avec la solution de sublimé à 45°. Lavages avec la même solution de la portion de col déchiré, et réduction facile dans le vagin. Rétention d'urine et cathétérisme pendant vingt-quatre heures.

A partir de ce moment, suite de couches normales comme état général. Bon appétit, digestions régulières; teint seulement un peu anémique. Toniques, alimentation reconstituante. Lactation régulière.

Localement, involution utérine assez rapide; lochies modérément odorantes, grâce à la fréquence des lavages. Toute la portion de col déchirée s'est éliminée par lambeaux, ou sous forme de détritüs moléculaires.

La malade sort, sur sa demande, le 26. On examine alors le col, qui a une forme en bec de flûte avec sa petite tumeur attachée à la partie saillante antérieure, et diminuée de volume. L'orifice externe est ovale, oblique, presque fermé. La portion libre du col mesure 6 centimètres au moins en avant, et à peine 2 centimètres en arrière.





CONCLUSIONS

Les déchirures du col se produisent :

- 1° Quand l'orifice cervical est trop étroit pour livrer passage à la partie fœtale ;
- 2° Quand les tissus du col sont altérés ou malades ;
- 3° Quand la partie fœtale est trop volumineuse, ou offre quelque cas de dystocie.

Elles donnent lieu, la plupart du temps à une hémorrhagie considérable.

Il est très important d'en faire le diagnostic, pour pouvoir leur appliquer un traitement approprié.

La blessure expose beaucoup la malade à contracter une infection septique.

Quand la plaie se cicatrise, le tissu qui se forme, peut par sa rétractilité, fixer l'utérus dans une mauvaise position.

La suture immédiate des lèvres de la plaie, est encore le meilleur traitement pour arrêter l'hémorrhagie et guérir en même temps la lésion.

Quand on ne pourra y avoir recours, il faudra pratiquer le tamponnement vaginal.

ACCEPTÉ :

Pour la Présidence,

TARNIER.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Archives de Tocologie.** — Octobre 1887.
Jacquelot. — Thèse de Paris, 1884.
Agathonoff. — Lacération du col utérin. Trachélorrhaphie d'Emmet.
Duparcque. — Maladies de la matrice. Paris, 1839.
Gaillard-Thomas. — Traité clinique des maladies des femmes. Paris, 1879.
Budin. — Thèses d'agrégation, 1878-1880.
Fritsch. — Deutsch. Zeitsch. f. pract. Med., 1877. Diagn. und Therap der Nachblutungen aus Grossess Cervicalrissen.
Tarnier et Chautreuil. — Traité d'accouchements.
Emmet. — Pratique des maladies des femmes, 1887.
Lee-Wylie-Mundé. — In med. american Record, 16 avril 1887.
Laborde. — Thèse de Paris, 1891.
Duhrssen. — Archiv. fur Gynæk.
Runge. — Geburtshulfe.
Porak. — Déchirure du col à la suite de la dilatation instrumentale. Société d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1891.
H. Coë. — American Journal of Obstetric. Juillet 1889.



